

JEROME S. BLACKMAN

101 apărări

Cum se autoprotejează mintea

Traducere din limba engleză de
Iuliana Diaconu



Cuprins

5	Cuprins
7	Prefață
13	Mulțumiri
15	Introducere
21	I. Concepte generale referitoare la apărări
51	II. Apărări care se formează în stadiile oral, anal și în primul stadiu genital al dezvoltării psihosexuale
99	III. Apărări specifice perioadei de latență și adolescenței; alte tipuri de apărări
181	IV. Utilizarea apărărilor în diagnosticarea psihopatologiei
223	V. Tehnicile interpretative
265	VI. Diagnosticul diferențial și alegerea tratamentului
275	VII. Tehnicile terapiei suportive
285	VIII. Apărățile în evaluarea tendințelor suicidare
311	Anexa 1: Schizofrenia: Istoricul evoluției criteriilor diagnostice
317	Anexa 2: Evaluarea forței Eului în diagnostic
319	Anexa 3: Considerații privind diagnosticul psihanalitic al stadiului de dezvoltare
323	Anexa 4: Scurt istoric al teoriei relațiilor de obiect
329	Anexa 5: Carmen de Bizet pe divan
337	Postfață: Câteva precizări
341	Note
351	Bibliografie

Prefață

Steve, un pacient în vârstă de 26 de ani, dorea să îi fie administrat testosteron injectabil pentru a putea funcționa sexual în relația cu soția. El avea un motiv serios pentru această solicitare; cu câteva luni în urmă¹ îi fusese înlăturată chirurgical glanda pituitară, iar acum avea nevoie de terapie hormonală de substituție.

Pe vremea aceea îmi făceam stagiul la secția de medicină internă a spitalului în care Steve fusese internat în vederea monitorizării și ajustării dozelor de hormoni de substituție. La acel moment nu eram prea familiarizat cu psihologia sau apărările, însă într-una din zilele când eram de gardă și am rămas pentru prima oară singur cu Steve, i-am mărturisit că eram curios să aflu de ce își dorea tratamentul cu testosteron injectabil. Mi-a explicat că testosteronul urma să îl vindece de impotență. Pe măsură ce discutam, disconfortul său s-a diminuat și am putut să îmi fac o imagine mai clară cu privire la trecutul său sexual, întrebând dacă problemele sexuale se manifestau și sub forma absenței erecțiilor diurne sau a incapacității de a se masturba.

În acel moment, Steve a suspinat. S-a uitat înspre ușa rezervei pentru a se asigura că era închisă, după care a spus: „Știți,

acum că tot vorbim deschis despre asta, există ceva ce ar trebui să vă spun. Adevărul este că am nevoie de injecțiile cu testosteron doar în relația sexuală cu soția. Am o iubită cu care nu am nevoie de injecții pentru a funcționa”.

Steve s-a plâns de faptul că soției nu îi plăcuse niciodată sexul. Aceasta fusese virgină atunci când s-au căsătorit. De la nașterea fiului lor, acum în vârstă de doi ani, actele sexuale deveniseră relativ rare, însă el considera că operația suferită nu avea legătură cu această problemă. Cu toate că își iubea soția, Steve nu știa cum să rezolve problema, problemă pe care, spunea el, soția și-o asumase în întregime. El a exprimat o dorință intensă de a se putea bucura de viața sexuală împreună cu aceasta; sub multe alte aspecte fusese o soție bună — de exemplu, îl ajutase când fusese bolnav.

În ziua următoare, când am intrat de gardă, soția lui Steve se afla lângă patul acestuia. Părea că cei doi discutaseră deja situația. Soția și-a exprimat dorința de a se vindeca de severa inhibiție sexuală și a întrebat cine ar putea să o ajute în acest sens. Am obținut pentru ea câteva nume de profesioniști de la rezidentul în medicină internă care mă superviza direct.

După mulți ani, timp în care mi-am încheiat stagiul în psihiatrie și formarea în psihanaliză, am putut să formulez mai clar ce se întâmplase în cadrul interacțiunilor mele cu Steve. Prin întrebările adresate de mine privind alte manifestări ale problemei sale sexuale, practic l-am „confruntat”² (capitolul 5) pe Steve cu diferitele tipuri de apărări pe care le utiliza, printre care: *comportamentul evaziv (minșitul)* (23)³ în legătură cu impotența sa; *deplasarea* (19) dorințelor sexuale de la soție asupra iubitei; *raționalizarea* (42) și *concretizarea* (52) — găsirea unei scuze, considerând că problema sexuală avea o origine pur medicală.

Totodată, prin abordarea suportivă (capitolul 7), am exprimat suficientă considerație, astfel încât Steve să aibă încredere în mine și să îmi vorbească despre formațiunea sa de compromis dezadaptativă (vezi capitolul 1) — *evitarea soției și ascunderea adevărului față de aceasta pentru a evita sentimentele de vinovăție, reprimarea frustrării și deplasarea dorințelor sexuale către altcineva.*

Cu alte cuvinte, Steve știa că din punct de vedere fizic era potent chiar și fără injecțiile cu testosteron, așa cum o dovedea și activitatea sa sexuală extraconjugală. Cu toate acestea, el se convinsese singur că avea nevoie de injecții pentru a fi potent cu soția; ele ar fi funcționat ca pana magică a lui Dumbo⁴ (Aber-son & Englander, 1941).

Răspunsul pozitiv al lui Steve la confruntarea mea privind apărările a avut ca efect dezvăluirea conflictelor acestuia. În loc să facă tratament cu testosteron injectabil pentru tot restul vieții și să recurgă în vederea gratificării sexuale la contacte sexuale extramaritale ce i-ar fi distrus căsnicia, el și soția sa puteau acum să accepte problemele lor psihologice și să rezolve conflictele care îi împiedicau să obțină satisfacția sexuală în cadrul relației de cuplu.

Treizeci de ani mai târziu, Dr. C mi-a pus următoarea întrebare: „Chiar ați spune așa ceva? Este atât de agresiv!”. El era locotenent în U. S. Navy⁵, aflat în faza de încheiere a stagiului în psihologie în cadrul Centrului Medical Naval din Portsmouth, VA. Tocmai le explicasem la curs, lui și colegilor săi, faptul că, atunci când în timpul evaluărilor psihologice își puteau da seama că cel evaluat *mințea* cu privire la intențiile sale suicidare, în scopul de a fi trecut în rezervă, îi puteau spune acestuia ceva

10 de genul: „Impresia mea este că nu sunteți sincer cu mine”, după care puteau adăuga: „Și încercați să mă manipulați, pentru a vă da dreptate. Asta înseamnă că nu mă considerați ca fiind terapeutul dumneavoastră; de fapt, încercați să vă folosiți de mine.”

După exclamația dr. C despre cât de „agresiv” sunau aceste intervenții, am subliniat faptul că un *comportament evaziv* (23) și *devalorizarea* (50) sunt *apărări*. Dacă Dr. C l-ar confrunța cu ele, așa cum eu sugeram (vezi capitolul 5), poate că marinarul ar admite că se folosește de ele și, ulterior, ar elabora conflictele pe care până atunci le evitase. Altfel spus, o parte dintre cazurile rezidenților, ce purtau în mod misterios diagnosticul sardonice de „WOOTEN⁶” („Nu mai vreau să fac parte din marină”), în realitate puteau fi tratate prin terapia psihodinamică, încetând să mai constituie o problemă. În plus, confruntarea apărărilor poate fi utilă și în diagnostic: tipul de psihopați (antisociali) probabil că va continua să mintă, pe când pacienții de tip psihotic grandios îl vor ataca verbal pe dr. C pentru că a îndrăznit să le pună sub semnul întrebării motivațiile.

Oricum, în acest mod dr. C putea evita sentimentul neplăcut de a se simți folosit de către pacient; cel puțin el nu își putea reproșa *pasivitatea* (62) și faptul că i-a permis acestuia să îl *intimideze* (83). Dr. C a agreat sugestia mea și ulterior a relatat că înțelesese avantajele unei astfel de confruntări a apărărilor în terapia cu o parte dintre pacienții săi WOOTEN, constatând ocazional că unii dintre aceștia puteau fi tratați. El a recunoscut faptul că într-o oarecare măsură echivalase atitudinea de a fi empatic cu *pasivitatea*, astfel că o abordare directă a pacienților evaluați sau aflați în tratament îi provocase un sentiment de vinovăție.

Mintea omului are o capacitate uimitoare de a inventa mecanisme care să îl protejeze de conștientizarea emoțiilor neplăcute.

Aceste mecanisme sunt adesea mascate și operează fără ca individul să le conștientizeze. Datorită modului ascuns de operare al apărărilor, dezvăluirea și înțelegerea potențialelor efecte negative pe care acestea le au poate fi utilă. De exemplu, un individ incapabil să își accepte sentimentele de furie la adresa cuiva apropiat, poate în schimb resimți o ură intensă față de propria persoană. Când acesta ajunge la camera de gardă suferind de depresie severă, capacitatea terapeutului de a aduce în discuție operația defensivă de *întoarcere asupra propriei persoane* (15) se poate dovedi extrem de utilă în prevenirea unei tentative suicidare sau a altor comportamente autodistructive ale pacientului (vezi capitolul 8).

Înțelegerea apărărilor este utilă și în alte situații de viață. Identificarea modului în care un adolescent folosește *minimalizarea* (75) și *comportamentul contrafobic* (44) îi poate ajuta pe părinții acestuia în încercarea de a-l proteja de activități periculoase. Înțelegerea *grandiozității* (63) afișată de un competitor la locul de muncă poate ajuta un manager să obțină un avantaj într-o situație de afaceri concurențială. Confruntarea *negării* (6) și a *raționalizării* (42) este importantă pentru familiile în care există o persoană cu probleme legate de consumul de alcool. A observa mecanismul de *identificare cu obiectul pierdut* (37) este utilă în ajutarea unei persoane îndurerate de pierderea cuiva drag. În ultimul rând, dar cu o importanță egală, identificarea mecanismelor de *distanțare/evitare* (61) în cadrul unei relații de iubire poate constitui un indiciu că partenerul nu poate fi fidel și statornic în relație, așa cum presupune un mariaj fericit și durabil.

În situațiile clinice, menționarea apărărilor unei tipologii inadecvate de pacienți sau la momentul nepotrivit poate fi, de asemenea, contraproductivă. Aceasta în cazul în care terapeutul

12 poate măcar să identifice apărările, din moment ce acestea operează cel mai adesea inconștient. Iar o intervenție terapeutică ar putea chiar să intensifice anxietatea pacientului.

În această carte am încercat să ofer un cadru teoretic care să explice originile, caracteristicile și cauzele activităților cu rol defensiv, incluzând și un capitol despre diagnosticul diferențial în care este descris tipul de pacienți cu care pot fi utilizate tehnicile interpretative. Există și o secțiune referitoare la descifrarea modului patologic în care apărările sunt folosite. Am inclus capitole distincte despre cum pot fi abordate apărările, pentru ca apoi să se intervină terapeutic în sens suportiv sau interpretativ, în funcție de tipul de tehnică indicat în cazul respectiv. În final, există un capitol despre cum pot fi confruntate apărările, ca o completare la celelalte tehnici utilizate în vederea evaluării tendințelor suicidare.

Mulțumiri

Dedic această carte numărului mare de studenți aparținând unor discipline diverse, cărora mi-a făcut o deosebită plăcere să le predau timp de peste 28 de ani și care m-au impulsionat să îmi organizez notele de curs sub această formă. Îmi exprim speranța că și publicul larg o va privi ca pe un dialog accesibil privind apărările, la care se adaugă o serie de idei asupra modului în care acestea pot fi utilizate în diagnostic și tratament.

Ca și în privința celorlalte idei valoroase despre modul cum funcționează mintea umană, Sigmund Freud a fost primul care a menționat mecanismele de apărare, în 1894 (!). Însă fiica sa, Anna Freud, a fost prima care a realizat o listă¹ a acestora, într-un studiu cu caracter de pionierat, intitulat „Eul și mecanismele de apărare” (1936), pe baza materialului clinic provenit de la adulții și copiii cu care a lucrat terapeutic. Îmi exprim, de asemenea, recunoștința profundă față de Percival Symonds, care a reunit un număr de 25 de mecanisme de apărare: *The Dynamics of Human Adjustment*² (1946). Acesta a adunat un număr impresionant de exemple și comentarii referitoare la mecanismele de apărare, provenind de la studenții săi din cadrul Columbia Teachers College.

14 Aș dori să mai mulțumesc și lui Cecilio Panigua, M. D., psihanalist în Madrid, Spania; Janet L. Schiff, L.C. S. W., psihanalist al Societății Freudiene din New York; William R. Goldman, Ph.D., Director al Psychology Internship Training la Eastern Virginia Medical School; Steve Brasington, M. D., Director al Child Psychiatry la Portsmouth Naval Medical Centre; Dr. George Zimmar de la Brunner-Routledge; asistentei mele, Jean Broughton, pentru numeroasele lor sugestii și corecturi pertinente pe marginea manuscrisului; precum și soției mele, Susan; și fiului meu Theodore.

Introducere

Termenul de *apărare* se referă la modul în care mintea împiedică accesul în conștiință al sentimentelor¹. Este bine cunoscut faptul că terapeuții încearcă să înțeleagă sentimentele pacienților. Însă în practică, simpla înțelegere a acestora nu este suficientă pentru a-i ajuta pe indivizi să își depășească problemele. Este necesară și o explicare a motivelor și a modului în care *apărările* inconștiente îi împiedică pe aceștia să intre în contact cu propriile sentimente neplăcute. De fapt, cele mai multe probleme emoționale apar ca urmare a combinării unor afecte problematice cu apărările mobilizate împotriva acestora.

O înțelegere adecvată a acestor afecte și mecanisme de apărare patologice îi poate ajuta pe indivizi să își explice mai bine semnificația și originile comportamentelor, a simptomelor și atitudinilor iraționale. Această înțelegere îi eliberează adesea pe pacienți de simptome psihiatrice supărătoare (ca de pildă depresiile sau fobiile), ajutându-i să își schimbe viața într-un mod benefic.

Există probabil un număr infinit de apărări — nu doar cele 101 descrise aici. Doi dintre cei mai mari teoreticieni ai psihanalizei, Anna Freud (Sandler & Freud, 1983) și Charles Brenner

16 (2002a) au subliniat faptul că aproape orice activitate poate constitui o apărare. Evitarea privirii cuiva poate fi o apărare (Renik, 1978, p. 597). A țipa la cineva poate fi o apărare. A juca golf, la fel. Așa cum și economisirea banilor poate avea această funcție. Sau, cel puțin, putem spune că toate aceste activități pot fi folosite în scop defensiv. Indiferent de activitatea mentală sau de comportamentul manifest, dacă acestea îl protejează pe individ de trăirea unor emoții neplăcute, ele au un rol *defensiv*.

Emoțiile pot fi plăcute sau neplăcute. În general, cele neplăcute stau la baza problemelor cu care se confruntă indivizii, datorită mobilizării unor apărări cu caracter dezadaptativ. Mai concret, **afectele care produc neplăcere** sunt definite ca având două componente:

o senzație neplăcută, la care se adaugă gândul că ceva îngrozitor este pe cale să se producă („anxietate”) sau că deja s-a întâmplat („afectul depresiv”) (C. Brenner, 1982a).

Prin urmare, putem acum extinde definiția dată apărării:

Apărările constituie operații mentale care, ca o regulă generală, înlătură din conștiință o componentă (sau componentele) afectelor neplăcute — gândul, senzația, sau ambele.

În diagnostic, conceptele de afecte și de apărări sunt utilizate în explicarea unor fenomene, ca de exemplu uitarea a ceva important, să zicem o întâlnire. În acest caz, conținutul ideatic este înlăturat din conștiință. Se poate ca individul să își amintească de aceasta după o oră, atunci când ceva îi va „reîmprospăta” memoria; apoi el realizează că nu dorea de fapt să se în-

tâlnească cu persoana respectivă. Altfel spus, conținutul ideatic (ca o componentă a afectului) a fost *păstrat*, fără însă a putea fi *recuperat*. Însă mintea a scurtcircuitat acest gând pentru a-l proteja pe individ de neplăcerea produsă de o rememorare (cealaltă componentă).

Se poate face analogia cu un circuit electric — ce are o sursă potențială de alimentare, becul funcționează, iar circuitul nu este avariat. Cu toate acestea, a fost acționat un întrerupător ce oprește funcționarea, astfel că becul nu luminează. Acest întrerupător ar fi ca o apărare conștientă — „Îmi voi scoate asta din minte” sau „Nu vreau să discut despre asta!”. Dacă acest lucru se produce fără intenție conștientă, atunci vorbim de o apărare care operează la nivel inconștient.

Apărările inconștiente sunt de fapt cele care operează asemănător întrerupătoarelor de circuite. Când intensitatea curentului electric devine prea puternică, această creștere ampermetrică acționează întrerupătorul ce produce scurtcircuitarea, iar becul nu se mai aprinde. În mod analog, atunci când intensitatea afectelor (emoții ca furia, anxietatea, depresia sau vinovăția) amenință să „copleșească” funcționarea mentală, un întrerupător mental este acționat: anumite gânduri sunt eliminate din conștiință, adică uitate. La fel ca și întrerupătorul circuitului electric, acest tip de uitare acționează în mod automat.

Din punct de vedere diagnostic, trebuie ținut seama de faptul că pot exista defecte primare la nivelul „becului”. Încercările de remediere a acestora au ca efect construirea unui echilibru psihic fragil, cu elemente deficitare, ce fac ca „becul” doar să „pâlpească” neregulat (așa cum se întâmplă în schizofrenie). Încercările individului de a repara „becul” sau defectele de conexiune (ca în cazul mecanismului de *reconstrucție a realității* [78])

18 datorate unui blocaj prealabil al funcției de testare a realității) pot duce la crearea unor circuite deficitare (deliruri).

La o altă categorie de pacienți — cei cu o organizare a personalității de tip borderline (Kernberg, 1975) — este ca și cum circuitele ar fi conectate, iar becul și sursa de alimentare sunt de asemenea intacte, însă rețeaua de conexiuni nu este totuși capabilă să gestioneze o tensiune intensă, fără ca firele să se topească sau să se declanșeze deconectarea. Lipsa de rezistență a circuitului ar putea fi cauzată de o încălzire cronică datorată unor tensiuni înalte, în același mod cum unii adulți au deteriorate „circuitele” responsabile cu gestionarea afectului, din cauza activării cronice a unei furii și anxietăți extrem de intense, datorate unor lungi perioade de deprivări suferite în copilărie. Prin urmare, în momentele de amplificare a tensiunii, circuitul a cărei rețea suportă doar tensiuni reduse va fi suprasolicitat și va acționa întrerupătorul. La adulții cu personalități borderline, analogia constă în faptul că toleranța limitată la afect a acestora poate determina o tendință de a mobiliza apărările.

În sfârșit, la acei indivizi pe care analiștii îi descriu ca „nevrotici”, toate părțile circuitului sunt intacte, însă întrerupătorul a fost plasat la nivelul circuitului cu ani în urmă, deși în prezent acesta a devenit inutil. Între timp, rețeaua s-a dezvoltat și este mult mai rezistentă la tensiune comparativ cu perioada copilăriei, însă acel întrerupător vechi încă mai poate închide circuitul, chiar dacă în prezent nu mai există niciun pericol real de supraîncărcare.

Sarcina terapeutului constă în a determina natura problemei care afectează circuitele. Aceasta este urmată fie de o reconstruire a „becului”, de dezvoltarea rețelei, de furnizarea de noi întrerupătoare sau, dacă este vorba de nevroză, de găsirea acelor

întrerupătoare defectuoase și inutile, pentru a facilita înlocuirea lor cu unele mai realist adaptate la nevoile unui adult.

Pentru a face lucrurile și mai complicate, unele probleme mentale nu se datorează în principal apărărilor, ci sunt consecințele unei funcționări deficitare la nivelul altor funcții mentale. De pildă, sentimentele îi pot, de asemenea, *copleși* pe indivizi, blocându-le capacitatea de organizare a gândirii și pe cea de concentrare. Reducerea graduală a acestor funcții nu are drept cauză mobilizarea apărărilor (vezi capitolele 4 și 6, iar ca o excepție, *regresia eului* [28] în scop defensiv). Însă atunci când individul întârzie la un curs ce îi displace profund, iar profesorul îl ridiculizează din această cauză, este foarte probabil ca acesta defensiv să *evite* acel curs, și probabil să *provoace pedeapsa* (41) din partea profesorului, pentru a se elibera de vinovăția resimțită.

Atunci când tratați un pacient, este o idee bună să fiți familiarizați cu apărările utilizate în mod frecvent, astfel încât, într-o primă etapă, să le puteți identifica. Ulterior va trebui să decideți dacă îi veți explica acestuia modul cum funcționează apărările patologice — terapia psihodinamică (vezi capitolul 5), sau dacă este suficientă propunerea unor noi apărări mai adaptative — terapia suportivă (vezi capitolul 7). Este de asemenea necesară și o cunoaștere a factorilor ce mobilizează activitatea defensivă. Vom examina aceste aspecte în capitolul 1.

Concepte generale referitoare la apărări

Haideți să recapitulăm definițiile date cu privire la apărare și afectul neplăcut. Odată realizat acest demers, putem continua cu descrierea numeroaselor caracteristici și funcții îndeplinite de apărări.

Definiții date apărărilor și afectelor neplăcute

Apărățile sunt operații mentale ce înlătură din conștiință componentele afectelor neplăcute.

Afectele neplăcute includ anxietatea, depresia și furia. Anxietatea se compune dintr-o senzație neplăcută, la care se adaugă gândul că ceva îngrozitor este pe cale să se producă. Afectul depresiv constă în senzația neplăcută și gândul că ceva îngrozitor deja s-a întâmplat (C. Brenner, 1982a). Furia include de asemenea o senzație neplăcută și gândul de distrugere a ceva sau a cuiva (C. Brenner, comunicare personală, 1990). Conținutul ideatic al fiecăruia dintre aceste afecte își poate avea sursa în percepții sau în urme mnemice *provenind din orice stadiu de dez-*